Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 12 kwietnia 1884. № 15. Rok XXIII.

I. O dzisiejszym stanie nauki o transfuzyi.

Wykład miany w Tow. lek. krak. przez prof. Mikulicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Widzimy więc, Panowie, że według tych doświadczeń jestto co najmniéj wątpliwém, żeby się krew jednego zwierzęcia dała przenieść na drugie, aby tamże stale zastąpić mogła brakującą. Wszystkie jéj składniki prawdopodobnie obumierają i ulegają wydaleniu. Trwałéj korzyści krew przetoczona prawdopodobnie nie przynosi [1]. Przez to nie wykluczamy jednak wcale możebności, a to sam Ott przyznaje, że wśród pewnych okoliczności krew świeża przetoczona dla ustroju chwilowo może być użyteczną. Przypominam Panom tylko zatrucie tlenkiem węgla, w którém ciałka krwi, jak wiadomo, przez połączenie się z gazem są zatrute i nie zdolne do funkcyi. Jest możliwém, a dotychczasowe doświadczenia na człowieku i próby Kühnego zdają się przemawiać za skutecznością przetoczenia krwi przeciw temu zatruciu, podczas gdy jest wątpliwém, czy prosta transfuzyja rozczynu soli kuchennéj tu może oddać podobne usługi. Może być, że przetoczone ciałka krwi chociaż niebawem zaginąć mają na razie podjąć mogą funkcyję wymiany gazów. Jeżeli jednak tylko uwzględnimy przypadki ostréj niedokrewności w skutek krwotoków, jak się zdarzają w praktyce lekarskiéj, gdzie pozostała część krwi sama przez się jeszcze wystarcza do utrzymania życia, to na podstawie poprzedniego rozumowania musimy przyjść do przekonania, że wlewanie rozczynu soli kuchennéj oddaje te same usługi co i transfuzyja krwi. I dotychczasowe doświadczenie zgadza się z pewnością z tém zapatrywaniem [1]. Już powiedziałem, że pierwszy pomysł téj operacyi podał E. Schwarz w r. 1881 i że pierwszą infuzyję solną wykonał Bischoff w tymże roku z pomyślnym skutkiem. Chodziło o wysoki stopień niedokrewności u rodzącéj po oddzieleniu łożyska. Wstrzyknięto 1250cm.sz. w obwodowy koniec tętnicy sprychowéj z dobrym wynikiem. Późniéj operowali z powodu niedokrewności po krwotokach połogowych Küstner, Heider i Stroynowski z Schattauerem [2], z powodu niedokrewności po ciężkich operacyjach po 2 razy, Kümmell i Bull, raz Schwarz i Küstner z powodu niedokrewności po ciężkiém obrażeniu Szumann, Halsted i Jersey, z powodu krwotoku żołądkowego Hacker, z powodu zapadu w zatruciu jodoformem Kocher, z powodu zatrucia gazem świetlnym raz Jersey, 2 razy Wilkie. Wlewano 500—1500 cm.sz. Zupełne wyleczenie nastąpiło w 12 przypadkach, 4 razy stan chorych ze względu na niedokrewność się polepszył, a chorzy umarli późniéj z przyczyn niezależnych od niedokrewności, w 2ch przypadkach po widoczném polepszeniu krążenia śmierć nastąpiła dopiero w jakiś czas, mianowicie raz w 5 kwadransy po operacyi w skutek zwiększającego się zapadu, raz (w przypadku Hackera) po 3½ godzinach z powodu ponownego krwotoku żołądkowego.

Możemy więc twierdzić, że w dotychczas znanych przypadkach transfuzyja albo była operacyją wprost ratującą życie, albo przynajmniéj usunęła grożące objawy niedokrewności i tylko w już przytoczonym przypadku Küstnera, gdzie śmierć nastąpiła w 5 kwadransy po operacyi, mogło

[1]) Nie ulega wcale wątpliwości, że zalecone naprzód przez Ponficka wlewanie krwi do jamy brzusznéj jako środek przeciw ostréj niedokrewności jeszcze mniejsze przyniesie korzyści dla ustroju. Z pewnością i ta ilość krwi przez jamę otrzewnową wessana w ten sam sposób bywa wydalaną, tylko, że ten zabieg nie działa przeciw obniżeniu parcia, które przedewszystkiém należy uwzględnić.

[1]) Muszę tu zauważyć, że pierwszą podnietę do wlewania soli kuchennéj dał Cohnheim. Upuszczał on przez obwodową część żyły brzusznéj żaby krew, podczas gdy przez koniec dośrodkowy dopóty wlewał wodnego rozczynu soli kuchennéj, dopóki z obwodowéj części odpływał płyn prawie przeźroczysty. Udało mu się żaby w ten sposób krwi pozbawione utrzymać przez 2—3 dni przy życiu.

[2]) Historyję choroby dotychczas nie ogłoszoną podam późniéj.

być wątpliwem, czy ta operacyja wywarła znaczniejszy wpływ na stosunki krążenia. Muszę tu jeszcze dodać, że w r. 1882 anglik Jennings z pomyślnym skutkiem w przypadku silnego krwotoku z łożyska przodującego wstrzyknął 180gram. rozczynu soli innego nieco składu, niż go Schwarz zalecił. W ten sam sposób z dobrym wynikiem postąpił Coates przy krwotoku wśród porodu w tym samym roku.

Równie wielkie znaczenie ma i ta okoliczność, że transfuzyja rozczynu soli kuchennéj zdaje się nie zaszkodziła organizmowi w żadnym przypadku.

Moje niedawno nabyte doświadczenie zgadza się zupełnie z dotychczasowemi pomyślnemi wynikami. Zamiast Panom postępowanie całe osobno opisywać dokładnie, wolę podać szczegółowy opis mego przypadku wraz ze wszystkiemi szczegółami odnoszącemi się do operacyi. Nim jednak przystąpię do opisania tego przypadku, muszę pokrótce roztrząsnąć kwestyję, która wobec transfuzyi krwi była bardzo ważną i często była roztrząsaną, ale jak się zdaje dla transfuzyi solnéj w prosty sposób daje się rozstrzygnąć. Mam tu na myśli kwestyję czy należy wlewać płyn do tętnicy czy do żyły. O ile mi wiadomo pierwszy Hüter proponował wstrzykiwanie krwi zamiast do żyły do obwodowego końca tętnicy średniéj grubości aby w ten sposób zapobiedz dostaniu się skrzepów do krążenia płucnego. Cohnheim stanowczym jest przeciwnikiem wlewania płynu do obwodowéj części tętnicy, gdyż małe tętniczki po wlaniu każdego płynu obcego mocno się kurczą, tém samém mocny stawiają opór a więc potrzeba bardzo wysokiego parcia, żeby płyn, mający być wstrzykniętym, przeprzeć przez zwężone naczynia. Parcie to wysokie łatwo może sprowadzić pęknienie naczyń. Natomiast Cohnheim proponuje wstrzykiwanie do dośrodkowego końca, gdyż tu krew na drodze licznych anastomoz o wiele łatwiéj wchodzi. W saméj rzeczy, jeżeliby chodziło o przetoczenie krwi, to propozycyja Cohnheima zasługuje w wysokim stopniu na uwzględnienie; gdzie jednak chodzi tylko o wstrzyknięcie obojętnego, nie krzepnącego płynu, więc np. rozczynu soli kuchennéj, tam przecież z pewnością nie ma powodu odsłaniania tętnicy.

Niemniéj jednak wstrzykiwali wszyscy w pierwszych przypadkach rozczyn soli do obwodowéj części tętnicy sprychowéj, aż Kümmell zrobił smutne doświadczenie, że po wstrzyknięciu 500cm.sześc. płynu przy wysokiém parciu nastąpiła zgorzel ręki. Odtąd, o ile wiem, tylko do powierzchownych żył przegubu łokciowego wstrzykiwano. I ja w moim przypadku do jednéj z nich wstrzykiwałem, a mianowicie do żyły odsprychowéj w łokciu lewym.

Dotyczył ten przypadek młodego, nieco słabo zbudowanego ale zresztą zdrowego człowieka, który w skutek przypadkowego zranienia skaleczył sobie tętnicę ramieniową. Pacyjent oczywiście stracił dużo krwi, gdyż znaleziono go w stanie nieprzytomnym zupełnie omdlałego. Gdy mnie zawezwano, zastałem lekki opatrunek uciskający na ranie, z któréj jeszcze wciąż krew się sączyła. Chory był blady jak trup, odnogi były chłodne, tętno nitkowate, przeszło 120 na minutę. Spodziewałem się, że młodzieniec samodzielnie przyjdzie do siebie z tego zapadu i zaleciłem tylko środki podniecające, opatrzywszy należycie miejsce zranienia. Mimo to jednak, że już chory krwi więcéj nie tracił, objawy niedokrewności w groźny sposób się wzmagały. Tętno zdawało się coraz drobniejszém, ledwie wyczuwalném, uderzeń było przeszło 130 na minutę. Postanowiłem wobec tego wstrzyknąć rozczyn soli kuchennéj. Rozczyn 6 gramów soli kuchennéj i 1 gram *Natrium carbonicum* w jednym litrze wody przekroplonéj wstawiono do naczynia napełnionego wodą ogrzaną do 40°C. Oprócz tego przygotowano sobie lejek szklany, do którego przymocowano rurę drenową długą na 1 metr, grubości ołówka, daléj trójgraniec próbny mający $1\frac{1}{2}$mm. średnicy (mniéj więcéj téj grubości, co trójgrańce próbne znajdujące się w sztućcach chirurgicznych). Rozumie się samo przez się, że wszystko było należycie oczyszczone, t. j. naprzód omyte 5% kwasem karbolowym a potém wodą przekroploną (ostrożność ta jest konieczną, żeby się przypadkowo z początkiem infuzyi kwas karbolowy nie dostał do żył). Tak, jak do upustu krwi owinięto ramię po stronie zdrowéj chustką, aż żyły w przegubie łokciowym się napełniły i uwydatniły. Teraz poprowadzono ostrożnie cięcie podłużne odpowiednio żyle odsprychowéj najbardziéj widocznéj. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnéj odosobniono zupełnie żyłę za pomocą sondy rowkowanéj i przeprowadzono dwie nitki popod żyłę, jedną bliżéj środka, drugą bliżéj obwodu. Potém wbiłem trójgraniec próbny w napełnioną żyłę, w kierunku dośrodkowym, odjąłem opaskę uciskającą, wyciągnąłem kolec z trójgrańca, rurkę samą nieco głębiéj wepchnąłem i podwiązkę dośrodkową około żyły i kaniuli w niéj leżącéj ściągnąłem nie robiąc jednak węzła. Tymczasem lejek wraz z drenem napełniono przygotowanym ciepłym płynem, i po wypędzeniu wszystkiego powietrza z drenu przyprawiono tenże do kaniuli. Lejek trzymano mniéj więcéj na ½ metra nad raną i uważano, żeby zawsze był pełny, żeby zapobiedz dostaniu się powietrza do żyły. Całkiem nieznacznie ale stale opadał płyn w lejku. Po 15tu mniéj lub więcéj minutach około 600cm. sześc. wpłynęło do żyły. Teraz wyjęto kaniulę, podwiązano żyłę za pomocą obu przedtém już wprowadzonych nitek w kierunku dośrodkowym i obwodowym i ranę zespojono. Kiedy ledwie połowa płynu wpłynęła, tętno stało się wyraźniejszém i spokojniejszém. Pacyjent sam, który przedtém żalił się na duszność, twierdził, że może teraz łatwiéj oddychać. Z końcem transfuzyi tętno w uderzający sposób polepszyło się, ilość wynosiła 108. W ciągu dnia polepszyły się jeszcze daléj objawy ostréj niedokrewności. Nieznacznemu dreszczowi, który wystąpił w kilka godzin po operacyi, nie towarzyszyło podwyższenie ciepłoty. Pacyjent wyzdrowiał [1]).

W tém miejscu pozwalam sobie podać historyję choroby przytoczonego już przypadku kolegów Stroynowskiego i Schattauera we Lwowie, którym przy téj sposobności dziękuję za życzliwe udzielenie mi téjże.

Kol. Stroynowski pisze: „Dnia 21 grudnia 1883 o godzinie 3éj rano zawezwano mnie do starozakonnéj B. B, liczącéj lat 42, zamieszkałéj we Lwowie. Ciąża 21 (wliczając w to porody prawidłowe i poronienia, ile z jednéj kate-

[1]) Druga transfuzyja, którą później wykonałem w ten sam sposób, gdzie około 800cm.sz. rozczynu soli kuchennéj wstrzyknąłem do żyły, dotyczyła przypadku ostrego zapalenia otrzewnéj obok znacznéj niedokrewności. Tętno prawie nitkowate nader szybkie polepszyło się wprawdzie na chwilkę, ale wnet znów przyjęło ten sam charakter co i przed operacyją. Na dalszy przebieg zresztą nie wywołała transfuzyja żadnego wpływu, gdyż w 19 godzin potém śmierć nastąpiła z zapalenia otrzewny. Nie można się było zresztą spodziewać, żeby transfuzyja wywarła wpływ na samą sepsis; wykonano ją jedynie tylko ze względu na niedokrewność, istniejącą już przed rozwinięciem się zapalenia otrzewny.

goryi, ile z drugiéj nie umiano mi powiedzieć). Podczas obecnéj ciąży dwukrotne silne krwotoki. Badanie wykazuje siódmy miesiąc księżycowy ciąży; pierwsze bóle po godzinie 12éj wystąpiły, zarazem silny krwotok. Badanie wewnętrzne wykazuje łożysko zupełnie przodujące. Roniąca osoba, wynędzniała i wyniszczona poprzedniemi porodami i poronieniami, nadto w skutek obecnego krwotoku blada, robi wrażenie najniekorzystniejsze; z jednego omdlenia ocucona wpada w drugie. Nie tracąc tedy czasu wydobyłem natychmiast płód przez obrót przy ujściu na 4cm. średnicy rozwartém, łożyskiem zupełnie wypełnioném. Łożysko wraz z błonami wykluczone w kilka chwil późniéj samowolnie. Odtąd macica dobrze skurczona, odchód krwawy skąpy; mimo to polepszenie tylko chwilowe, gdyż omdlenia znów się powtarzają, zupełny brak tętna, pot lepki itd. Zastrzyknąłem kilkanaście strzykawek eteru, założyłem opaskę Esmarcha na dolną odnogę, ułożyłem chorą z obniżoną głową, wszystko bez skutku. Postanowiłem tedy wykonać przetoczenie rozczynu soli kuchennéj (6ClNa na 1000 *Aq. destill.* z dodatkiem 2 kropli ługu sodowego) o 40°C. Wezwany kolega Schattauer zgodził się na konieczność zastosowania przetoczenia, uznając również stan choréj za rozpaczliwy. Przygotowania nie trwały długo, zaopatrzyliśmy czysty irygator odpowiednią kaniulą i przygotowaliśmy rozczyn solny.

Kolega Schattauer obwiązał silnie prawe ramię chustką; w ten sposób uwydatnił cokolwiek przebieg żyły (*v. mediana cephalica*) w prawém zgięciu łokciowém, poczém odsłonił takową w rozległości 4cm., podkładając dwie karbolizowane podwiązki pod żyłę od góry i dołu; dolną podwiązał natychmiast, poczém naciąwszy przednią ścianę żyły wprowadził z łatwością kaniulę. Płyn z irygatora z wysokości jednego metra z wolna dostawał się do żyły; przetoczenie 600—700 gramów rozczynu solnego trwało 12 minut. Podwiązaniem żyły od góry i założeniem opaski przeciwgnilnéj zakończył się ten rękoczyn, wśród którego stan choréj widocznie się polepszał, tętno stało się liczebne około 120. Omdlenia ustały, chora odzyskała przytomność i na pytania odpowiadała. W takim stanie polepszonym opuściliśmy ją o godzinie 7éj rano.

Chorą odwidzałem potém kilkakrotnie, początkowo była tak osłabioną, że trudno jéj było i głową poruszyć, jednakże przebyła połóg prawidłowy, ciepłota ciała nie podniosła się nad prowidłową, a po czterech tygodniach po raz pierwszy opuściła łóżko. Obecnie zupełnie zdrowa".

Jak Panowie widzicie, wykonanie operacyi jest tak łatwém, narzędzia potrzebne tak proste, że każdy lekarz ją może w każdéj chwili wykonać; a gdyby dalsze doświadczenia, jak się spodziewać należy, wykazały brak wszelkiego niebezpieczeństwa i pewność wyniku po wlaniu soli kuchennéj, to musiałoby to być dla każdego lekarza obowiązkiem wykonać ją w odpowiednich przypadkach. Już dziś nie możemy wątpić o wysokiéj wartości transfuzyi solnéj, a ponieważ dotychczas przeciw ostréj niedokrewności nie posiadamy środka, któryby się dał w sposób równie prosty i pewny wykonać, zasługuje ona już dziś na rozległe zastosowanie. Zgadzam się zupełnie z Szumanem [1]), który twierdzi, że w każdéj większéj operacyi chirurgicznéj i położniczéj należy mieć wszystko do transfuzyi solnéj w pogotowiu, żeby w razie przypadku nie tracić czasu. Jeżeli w przypadku nieprzewidzianéj utraty krwi nie ma na pogotowiu odpowiednich narzędzi, to można je bardzo łatwo sobie zestawić, a w tém właśnie leży wielka korzyść, że nie potrzeba koniecznie osobnych narzędzi do wykonania téj operacyi. Trójgraniec próbny znajdujący się w sztućcu każdego lekarza, byle był czysty, zupełnie wystarcza. O ile mi wiadomo, Szuman pierwszy podał myśl zastąpienia osobnéj kaniuli trójgrańcem, a jestto mojém zdaniem wielką zasługą tego chirurga, gdyż uprościł i ułatwił wykonanie transfuzyi dla lekarza. Jeżeli się nie ma czystego drenu i lejka szklanego, to irygator z rurą po należytém oczyszczeniu może oddać tę samą usługę. W razie potrzeby możnaby infuzyję wykonać za pomocą czystéj strzykawki, choć zawsze jest daleko pewniéj, jeżeli płyn z wysokości $^1/_2$—1 metra własnym ciężarem spływa do żyły. Jeżeli się ma czystą strzykawkę i dren, to wystarcza wyciągnąć tłok z strzykawki, przyłożyć dren do jéj ujścia, i rury ku górze otwartéj używać jako lejka. Co do ilości płynu, którą należy wstrzyknąć, to według dotychczasowych doświadczeń znosili chorzy dobrze nawet ilość $1^1/_2$ litra, podczas gdy dawniéj w transfuzyi krwawéj pod wpływem mylnego przypuszczenia niebezpieczeństwa pletory uważano 200—400cm. sześc. jako *maximum*. Płyn nie powinien żadną miarą wpływać zanadto prędko; operatorowie wszyscy prawie mniéj lub więcéj potrzebowali 15 minut, aby potrzebną ilość wlać. Jeżeli w rozpaczliwych przypadkach nie możecie Panowie dość prędko otrzymać odpowiedni rozczyn z apteki, jak to na wsi się zdarzać może, to byłoby to w takich przypadkach zupełnie uzasadnioném w gotowanéj przedtém wodzie studziennéj rozpuścić odpowiednią ilość zwyczajnéj soli kuchennéj, bez dodatku węglanu sodowego, (co nawet w każdéj chacie wieśniaczéj można wykonać) i wstrzyknąć ten płyn [1]). Bez wątpienia lepiéj jest wstrzykiwać nie koniecznie chemicznie czysty rozczyn soli kuchennéj z uzasadnioną nadzieją uratowania chorego, aniżeli narazić go na niechybną śmierć i pozostać bezczynnym.

[1]) Wstrzykiwanie roztworu soli kuchennéj w ostréj niedokrwistości. *Gazeta Lekarska*, 1883, str. 417).

II. Kilka uwag o przyczynach położeń płodu.

Podał **Franciszek Rubinstein**,
zarządzający przytułkiem położniczym Nr. 5. w Warszawie. b. lek. miejsc. Maryjskiego Domu Położniczego w Petersburgu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Tablica siódma okazuje, że pośród stu dzieci zrodzonych w położeniu poprzeczném 56,31 było krótkogłowych; liczba ta nietylko przewyższa liczbę 44,53 krótkogłowych z ogólnéj ilości dzieci, lecz i liczby tak krótkogłowych zrodzonych w innych położeniach, jak i liczbę długogłowych i średniogłowych zrodzonych w położeniu poprzeczném. Ilość zaś długogłowych 31,58 i średniogłowych 10,52, urodzonych w tém położeniu, jest mniejszą od ogólnéj ilości dzieci odpowiednich typów. Z tablicy zaś 8-méj widzimy, że ilość długogłowych urodzonych w położeniu poprzeczném, 1,28 na 100, mało co różni się od ilości dzieci zrodzonych w tém położeniu 1,56 na 100 pośród wszystkich dzieci, za to ilość średniogłowych 0,97 jest mniejszą, a krótkogłowych 2,03 jest większą od téj liczby urodzonych pośród całego ogółu dzieci w tém położeniu; w skutek tych danych twierdzimy: że długogłowość płodu pozostaje bez wpływu,

[1]) Byłoby zresztą praktyczném, gdyby lekarz mieszkający zdala od apteki, miał w pogotowiu proszki zawierające po 6 gramów soli kuchennéj i 1 gramie węglanu sodowego. Rozczyn sam nie daje się przechowywać przez dłuższy czas, ponieważ rozwijają się w nim bakteryje.

średniogłowość utrudnia, a krótkogłowość ułatwia powstanie położenia poprzecznego.

Tak więc rozpatrzenie tych trzech tablic wykazało że: 1) Długogłowość ułatwia powstanie położeń czaszkowych, utrudnia powstanie położeń pośladkowych a na położenia twarzowe i poprzeczne pozostaje bez wpływu;

2) średniogłowość ułatwia powstanie położeń twarzowych i pośladkowych, utrudnia powstanie położeń poprzecznych, a wpływu nie posiada na powstanie położeń czaszkowych;

3) krótkogłowość ułatwia powstanie położeń pośladkowych i poprzecznych, utrudnia powstanie położeń czaszkowych, a na położenia twarzowe wyraźnego wpływu dodatniego lub ujemnego nie posiada.

Prócz rozgrupowania dzieci podług typu główek otrzymane mianowniki główkowe rozklasyfikowaliśmy podług położeń. Przytaczać tu tę tablicę uważam za zbyteczne; wystarczy, jeśli napomknę, że dla każdego oddzielnie położenia granice mianowników wynosiły od 66,66 do 100; lecz przeciętna tych mianowników dla każdego położenia przedstawia się w

Tabl: IX

dla ogółu dzieci		78.66
dla położenia	czaszkowego	77.44
„ „	twarzowego	78.33
„ „	pośladkowego	81.74
„ „	poprzecznego	80.2

to znaczy, że główka o przeciętnych wymiarach wszystkich dzieci należała do typu średniogłowych, tak samo do tego typu zaliczyć należy średnią główkę dzieci zrodzonych w położeniach czaszkowych lub twarzowych, a główka dzieci zrodzonych w położeniach pośladkowych i poprzecznych należeć będzie do typu krótkogłowych.

Gdy zaś mianownik główkowy, służący jako criterium charakteru główki (a ten ostatni ma wpływ na etyjologiję położeń płodu), oznacza stosunek wymiaru poprzecznego do wymiaru prostego główki; zachodzi więc pytanie, czy oba wymiary, czy tylko jeden z nich, i to który znajduje się w pewnym oznaczonym stosunku do pewnego położenia płodu?

Dla rozwiązania tego pytania posłużą następujące tablice.

Tablica X.

Wymiar prosty główek.

cm.	5	5½	6	6½	7	7½	8	8½	9	9½	10	10½	11	11½	12	12½	13	13½	14
[1])	1		1	1	4	1	3	3	12	16	145	64	1032	277	538	81	15	1	3
[2])							1						1	1					
[3])		1	5		3		9	4	10	2	36	10	43	9	11	1			
[4])				1	1	1	1	3	2	1	6	2	10	2	9	1			
	1	1	6	2	8	2	14	10	24	19	187	76	1086	289	558	83	15	1	3

a po zamianie danych téj tablicy na ilość w stosunku do 100 dla każdéj wielkości tego wymiaru otrzyma się

Tablica XI.

cm.	5	5½	6	6¹/₇	7	7½	8	8½	9	9½	10	10½	11	11½	12	12½	13	13½	14
[1])	100		16.67	50	50	50	21.43	30	50	84.21	77.58	84.21	95.03	95.85	96.42	97.59	100	100	100
[2])							7.14						0 09	0.34					
[3])		100	83.33		37.5		64.28	40	41.66	10 53	19.25	13.6	4.96	3.11	1.97	1.20			
[4])				50	12.5	50	7.14	30	8.33	5.26	3.22	2 63	0.92	0.69	1.61	1.20			
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100

Wymiar poprzeczny wielki główki:

Tablica XII.

cm.	4	4½	5	5½	6	6½	7	7½	8	8½	9	10	10½	11	11½	12
[1])	1	1	3	4	5	2	25	20	410	248	1111	239	8			1
[2])					1						2					
[3])	1	4	2		7	3	11	3	41	8	48	9		1		
[4])				1	1	1	6	1	5	3	14	4				
	2	5	5	5	14	6	42	24	456	259	1175	252	8	1		1

i po zamianie jéj tak samo jak tablicy 10téj w 11tą powstanie

Tablica XIII.

cm.	4	4½	5	5½	6	6½	7	7½	8	8½	9	9½	10	10½	11	11½	12
[1])	50	20	60	80	35.71	33.33	59.52	83.33	89.91	95 75	94.55	95.06	84.84	100			100
[2])					7.14						0.17						
[3])	50	80	40	20	50	50	26.19	12.5	8.99	3.09	4.09	3.70	3.57		100		
[4])					7.14	16.67	14.99	4.17	1.1	1.16	1.19	1.23	1.59				
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Przeciętna wymiaru przodkowego wszystkich główek urodzonych wynosi zatém, jak wskazuje

Tablica XIV.

w położeniu	czaszkowém	11	cm.
„ „	twarzowém	10,16	„
„ „	pośladkowém	10,12	„
„ „	poprzecznêm	10,41	„

A przeciętną wymiaru poprzecznego wielkiego przedstawia:

Tablica XV.

dla położenia	czaszkowego	8,85	cm.
„	twarzowego	8	„
„	pośladkowego	8,18	
„	poprzecznego	8,37	

Wpatrzywszy się teraz w tablice 11 i 13, widzimy, że dla położeń twarzowych i poprzecznych nie ma oznaczonego stopniowania w obu tych wymiarach, zaś dla położeń czaszkowych i pośladkowych dopiero od wymiarów najmniejszych dla dojrzałego płodu a nawet już od wymiarów płodów niedonoszonych, lecz większych poczyna się większe stopniowanie, gdyż począwszy od wymiaru prostego 10 cm., a wielkiego poprzecznego 7½ cm. W miarę powiększania się tych wymiarów liczba dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém zwiększa się, w położeniu zaś pośladkowém zmniejsza się i to do tego stopnia, że główki o największych wymiarach napotykają się tylko w położeniu czaszkowém. Odnośnie zaś do płodów z główkami o mniejszych wymiarach to stosunkowo również często one się rodzą w położeniu czaszkowém i pośladkowém, choć z drugiéj strony przyznać należy, że pośród dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém znacznie mniéj jest takich, których oba te wymiary główki są mniejsze, niż pośród dzieci zrodzonych w położeniu pośladkowém.

Tablice zaś 14 i 15 wykazują, że wielkość obu wymiarów znajduje się w pewném stosunku wyjąwszy dla położenia twarzowego, gdyż największy wymiar prosty przedstawiają dzieci zrodzone w położeniu potylicowém i u nich największy jest wymiar poprzeczny, oba te wymiary zmniejszają się u dzieci zrodzonych w położeniu pośladkowém. Dla położeń twarzowych wymiar prosty zaś zajmuje trzecie miejsce a wymiar poprzeczny czwarte miejsce, różnica wielkości obu tych wymiarów przeciętnéj główki płodu urodzonego w położeniu twarzowém a płodu urodzonego w położeniu pośladkowém jest nieznaczna, bo wynosi dla jednego

[1]) Położenie czaszkowe. — [2]) Położenie twarzowe. — [3]) Położenie pośladkowe. — [4]) Położenie poprzeczne.

wymiaru 0,04 a dla drugiego 0,18 i może być pominiętą.

Mianowniki główkowe wyrachowane z tych przeciętnych wymiarów główek płodów urodzonych

Tablica 16.

w położeniu czaszkowém	80,45
„ „ twarzowém	78,74
„ „ pośladkowém	80,83
„ „ poprzeczném	80,60

choć pod względem wielkości różnią się od danych znajdujących się w tablicy 9téj, jednak zachowują to samo stopniowanie, a zatém stwierdzają, że jak forma główki tak i wielkość wymiarów prostego i poprzecznego posiada pewien wpływ na powstanie położeń płodu.

Wiadomo zaś, że wielkość wymiarów główki po części tylko zależną jest od wielkości płodu, po części zaś jest samodzielną, a że jak wiadomo sama wielkość płodu ma wpływ na powstanie położeń płodu, słusznie zatém można zapytać: czy wielkość wymiaru prostego i poprzecznego posiada podobny wpływ sama przez się, czy w zależności od wielkości płodu? W odpowiedzi na to pytanie wyrachowaliśmy dla każdego położenia przeciętną stosunku tych wymiarów do długości płodu. Gdy długość płodu równa się 100, wymiar poprzeczny wielki wynosić będzie:

Tablica 17.

w położeniach czaszkowych	=17,59
„ twarzowych	=16,48
„ pośladkowych	=18,46
„ poprzecznych	=17,49

A wymiar prosty

Tabl. 18.

W położeniach czaszkowych	=22,43
„ twarzowych	=21,04
„ pośladkowych	=22,58
„ poprzecznych	=21,93

Te tablice pokazują, że oba te wymiary główki znajdują się w różnych położeniach w jednakowym stosunku; to jest: gdy przy jednakowéj długości dzieci urodzone w jedném z położeń posiadają jeden z tych wymiarów większy niż dzieci zrodzone w innych położeniach, to i drugi wymiar jest większy. Oba te wymiary wzrastają, począwszy od dzieci urodzonych w położeniu twarzowém, (u których te wymiary są najmniejsze) w położeniu poprzeczném, pośladkowém i czaszkowém. Tak więc wpływ wielkości tych rozmiarów na położenie płodu nie jest zależnym od stosunku wielkości wymiarów tych do długości płodu, lecz od samoistnéj ich wielkości.

Że zaś dane wykazane w tablicach 14 i 15 pod względem stopniowania różnią się od danych wykazanych w tablicach 17 i 18, zmuszeni jesteśmy przypuścić, że: Długość płodu, o ile ona zmienia wielkość wymiarów główki, ma wpływ na powstanie położeń płodu; czyli że wielkość wymiarów główkowych, od których zależy forma główki, tak samoistna, jak i zależna od długości płodu, jest jedną z przyczyn położeń płodu.

Tym sposobem opierając się na danych otrzymanych wymierzeniem 2.434 dzieci (zrodzonych w Petersburgu) mamy prawo postawić następujące wnioski:

1) Warunki etnograficzne posiadają pewien wpływ na powstanie położeń płodu.

2) Właściwością etnograficzną Petersburga jest wydawanie na świat dzieci przeważnie typu krótkogłowego.

3) Forma główki płodu posiada niezaprzeczenie pewien wpływ w powstaniu położeń płodu, mianowicie:

a) Długogłowość ułatwia powstanie położeń czaszkowych, utrudnia zaś powstanie położeń pośladkowych.

b) Średniogłowość ułatwia powstanie położeń pośladkowych i poprzecznych, utrudnia zaś położenia poprzeczne.

c) Krótkogłowość ułatwia powstanie położeń pośladkowych i poprzecznych, utrudnia zaś powstanie położeń czaszkowych; ta okoliczność prawdopodobnie objaśnia, że w Petersburgu rodzi się mniéj w porównaniu z innemi miejscami dzieci w położeniu czaszkowém a więcéj w położeniu pośladkowém i poprzeczném (zob. tablicę 2gą).

4) Wpływ ten jednak nie jest wyłączny i w powstawaniu położeń płodu grają rolę i inne momenty z formą główki nic wspólnego nie mające.

5) Wpływ formy główki na powstanie położeń płodu zależnym jest od wpływu wielkości wymiarów prostego i wielkiego poprzecznego główki.

6) Oba te rozmiary posiadają jednakowy wpływ na powstanie położeń płodu, lecz wpływ ten ich jest odmienny względnie od tego: czy wielkość tych obu wymiarów zależną jest od długości płodu, czy ona jest samoistna. W pierwszym bowiem razie w miarę powiększania się tych wymiarów powiększa się ilość dzieci, urodzonych podług następującego stopniowania położeń: twarzowe, pośladkowe, poprzeczne i czaszkowe, a zmniejsza się w odwrotnym stosunku.

W drugim zaś razie to stopniowanie będzie następujące: twarzowe poprzeczne, czaszkowe i pośladkowe.

7) Pogląd Heckera co do wpływu długogłowości na powstanie położeń twarzowych nie jest słuszny, gdyż długogłowość nie tylko wywołuje inne położenia, lecz i dzieci z innemi formami główek mogą się urodzić w położeniu twarzowém.

III. Oceny i sprawozdania.

Penzeri e Margary: **Archivio di ortopedia.**

Do licznego zastępu czasopism lekarskich przybywa jeszcze jedno i to wcale poważne. Jest niém Archiwum dla ortopedyi. Gałąź ta medycyny uległa w ostatnich czasach tak znacznéj przemianie, zakres jéj w obec nowoczesnego leczenia chorób kości i stawów tak się rozszerzył, że stanowi ona prawie odrębny a bardzo obszerny dział sztuki lekarskiéj, a jako taka zasługuje bez wątpienia na osobne czasopismo, któreby się zajmowało wyłącznie jéj sprawami. Należy się téż wszelkie uznanie Włochom, że myśl tę pierwsi podjęli i w czyn wprowadzili. Program nowego czasopisma bardzo obszerny: ma się ono zajmować nie tylko przyrządami ortopedycznemi, których znajomość dla lekarza jest konieczną, aby dla swego chorego umiał dobrać odpowiedni przyrząd i zkontrolować robotę rzemieslnika; w zakres archiwum mają wchodzić także wszystkie operacyje mające na celu poprawienie wrodzonych lub nabytych wad stawów i kości, zajmować się ma mięsieniem, gimnastyką, kąpielami, a szczególnie zwracać uwagę na środki zapobiegające rozwinięciu się wad kośćca. Program zaiste bardzo obiecujący, a mamy nadzieję, że ci co powołali Archiwum do życia, potrafią je utrzymać na pożądanéj wysokości. Pierwszy przynajmniéj zeszyt, który mamy przed sobą, odpowiada wszelkim wymaganiom. Obok kilku starannie opracowanych rozpraw oryginalnych, a mianowicie: „O operacyjném leczeniu zastarzałéj wrodzonéj stopy koźléj“ przez Dr. Margarego; „O stanikach używanych przy lecze-

niu bocznych skrzywień kręgosłupa przez Dra Secchiego; „O rzadkich zboczeniach odnóg dolnych leczonych z pomocą osteotomii przez Dra Panzeriego; Opis przypadku osteotomii pod krętarzem w celu poprawienia położenia odnogi dolnéj po zapaleniu stawu biodrowego przez Dra Mosara i statystyka operacyj wykonanych z powodu *genu vulgum* w szpitalach rzymskich przez Dra Cecierelliego, zawiera pierwszy zeszyt 21 dokładnyah streszczeń z odnośnych prac różnych autorów. Jeżeli jak się spodziewamy i dalsze zeszyty tak samo starannie będą redagowane, natenczas nowe Archiwum zajmie niepoślednie miejsce między istniejącemi czasopismami lekarskiemi a kolegom, którzy się specyjalnie zajmują tą gałęzią medycyny, moglibyśmy je jak najsumienniéj polecić.

Dr. H. Schramm.

R. Burkart: **O chronicznêm zatruciu morfinem i leczeniu jego.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Sposób leczenia tego cierpienia bywa dwojaki: albo odejmuje się chorym morfin na raz albo tylko stopniowo. Głównym zwolennikiem pierwszéj metody był Levinstein. Pierwotnie odbierał on chorym od razu morfin, tak że chory od chwili rozpoczęcia kuracyi już wcale go nie dostawał, chyba że wystąpiły objawy zapadu, grożne dla życia, które stanowiły wskazanie do jednorazowego zastosowania tego leku. Erlenmeyer o tyle zmienił postępowanie Levinsteina, że podczas pierwszych kilku dni leczenia chorzy otrzymywali choć małe dawki morfinu. Sposób leczenia Levinsteina, jak niemniéj i modyfikacyja Erlenmeyera posiadają bardzo liczne strony ujemne. Całe leczenie nie trwa wprawdzie bardzo długo, ale musi koniecznie odbywać się w szpitalu lub w zakładzie wyłącznie na ten cel urządzonym i wymaga nader wielkiéj sumienności ze strony posługi i ze strony lekarza. Objawy inanicyi morfinowéj, wśród tego leczenia występujące, są bowiem straszne, cierpienia chorych niezmierne, chorzy popadają w istny szał, wśród którego nie przebierają w środkach, byle tylko dojść do posiadania morfinu. Co gorsza, nawet wśród tego leczenia może nagle wystąpić zapad, prowadzący do śmierci, od któréj tylko natychmiastowe podskórne wstrzyknięcie morfinu może chorego uratować.

Drugi sposób, którego zwolennikiem jest także Burkart, polega na powolném zmniejszaniu dziennéj dawki leku. Leczenie to nie naraża chorego wcale na tak znaczne cierpienia, to téż nie trzeba koniecznie trzymać takich chorych stale pod ścisłym nadzorem. Wprawdzie leczenie w ten sposób prowadzone trwa nieco dłużéj i nie jest także zupełnie wolne od niebezpieczeństwa, ale wobec okoliczności, że dolegliwości chorego tu są nieznaczne i że Burkart lecząc w ten sposób osiągnął bardzo piękne skutki, bo 71% wyleczeń, zasługuje ten rodzaj leczenia z pewnością na pierwszeństwo. Burkart z początku podaje chorym taką dawkę morfinu, do jakiéj nawykli, a póżniéj zmniejsza z każdym dniem dawkę dzienną o 0·3—0·005. Zazwyczaj rozkłada całą ilość morfinu na 4 wstrzyknięcia: rano, przed południem, po obiedzie i wieczór. Po niejakim czasie zaprzestaje wstrzykiwać po południu, potém i przed południem, a na sam koniec dopiero zwykł zaniechać i wstrzykiwań wieczornych. Natomiast w miarę odzwyczajania się chorego od morfinu, po części i dla ułatwienia mu tegoż, podaje mu w regularnych odstępach czasu 0·03—0·09 makowca lub odpowiednio wielkie dawki nastoju makowcowego. Makowiec zażywa chory także jeszcze przez kilka dni po zupełném zaprzestaniu wstrzykiwań. W ten sposób zapobiega Burkart wystąpieniu objawów ogólnego zadrażnienia układu nerwowego pod koniec leczenia i wymiotom. Od makowca chorzy po tém bardzo łatwo odwykają. Jako środek pomocniczy wśród leczenia morfinizmu zaleca Burkart kąpiele zimne lub ciepłe, w miarę tego, które chory lepiéj znosi. Oprócz tego, jeżeli z końcem pierwszego tygodnia wystąpi ogólne znużenie i osłabienie, a przytém i czynność serca poczyna nieco słabnąć, podaje chorym dobre wino i koniak.

Jak długo kuracyja trwać będzie, nigdy z góry powiedzieć nie można. Zazwyczaj im dłużéj chory nadużywał morfinu i im większe dawki stosował, tém téż dłuższego czasu potrzebuje do zupełnego wyzdrowienia. Od tego ogólnego prawidła zdarzają się jednak dość liczne wyjątki.

Na podstawie doświadczenia, że u osób, które połykają znaczne ilości morfinu, występują podobne objawy zatrucia, jak u innych po wstrzykiwaniu podskórném i że z drugiéj strony osoby takie względnie łatwo potrafią odwyknąć od téj trucizny, zmienił Burkart w ostatnich czasach o tyle jeszcze swój sposób leczenia, że odbiera chorym strzykawkę, a za to doprowadza im przez usta znaczniejszą ilość morfinu i tę dopiero stopniowo z każdym dniem zmniejsza.

Wprawdzie nie wszyscy chorzy znoszą dobrze taką zmianę w sposobie zastosowania leku. U niektórych występują po zażyciu znaczniejszéj ilości morfinu rozpuszczonego w wodzie uporczywe wymioty, u innych z powodu niedostatecznego wessania trucizny przez błonę śluzową żołądka bardzo rychło występują objawy inanicyi morfinowéj, u innych zaś samo pierwotne cierpienie, które było powodem zbyt częstego zastosowania morfinu, wymaga bardziéj miejscowego działania tego leku, a więc wstrzyknięcia w pobliżu miejsca schorzałego, ból sprawiającego. Ogólnie biorąc chorzy przyzwyczajeni do znacznych ilości morfinu lepiéj znoszą tę zmianę aniżeli chorzy, których dawka dziennie przekraczała zaledwie 0·15. Zaletą tego postępowania jest przedewszystkiém to, że chory przekonawszy się, że i bez strzykawki żyć może, nabiera więcéj ducha i zaufania do lekarza. Morfin działa téż tą drogą bardziéj jednostajnie, wolne bowiem wsysanie przez błonę śluzową sprowadza słabszy wprawdzie ale dłużéj trwający i nie tak zmienny skutek. Wreszcie chorzy ci od małych ilości morfinu tą drogą stosowanéj bardzo łatwo mogą się odzwyczaić.

Przy tym sposobie leczenia objawy inanicyi bywają zazwyczaj bardzo słabe, czasem ledwie śladu ich dopatrzeć się można, choc z drugiéj strony i tu widziano często dość grożne zaburzenia stanu ogólnego.

Przed rozpoczęciem leczenia powinien się lekarz zastanowić nad tém, czy w przypadku tym kuracyja radykalna jest uzasadnioną lub nie. Jeżeli bowiem cierpienie lub bóle pierwotne, które doprowadziły chorego do nadużycia morfinu, nie dadzą się usunąć, to leczenie radykalne morfinizmu jest niestosownêm. Również niestosownêm, a nawet niebezpiecznêm, jest leczenie morfinizmu u ludzi wynędzniałych, wiekowych, ze słabą czynnością serca, u których już zatrucie trwa kilka lub kilkanaście lat. U takich chorych w najlepszym razie po przeprowadzeniu całéj kuracyi rozwinie się niewątpliwie charłactwo prowadzące niechybnie do śmierci, które tylko przez ponowne wstrzykiwanie morfinu daje się pokonać. (Volkmann, *Klinische Vorträge*, Nr. 237).

Dr. Trzebicky.

Z. Lustgarten (Wiedeń): **O nowym przetworze rtęciowym.**

W ogólnych zarysach skreśla L. przebieg walki pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami leczenia kiły przetworami rtęciowemi. Walka ta rozpoczęla się już w 14 tém stu-

ciu a do ostatnich czasów wre nie przechylając szali zwycięstwa stanowczo na żadną stronę. Zestawiwszy sposoby stosowania przetworów rtęciowych na skórę, podskórnie i drogą przewodu pokarmowego L. wylicza przetwory używane w tych celach i dochodzi do przekonania, że żaden z nich nie czyni zadość wymaganiom nowszych pojęć o leczeniu chorób.

Ta okoliczność skłoniła autora do przedsiębrania doświadczeń z nieużywanym dotąd przetworem, a mianowicie z garbnikanem rtęciawym, który sobie sam sporządził w pracowni chemicznéj prof. Ludwiga. Przetwór ten jest ciemno-zielonawo-żółtym proszkiem i zawiera 50% rtęci metalicznéj. Po podaniu tego przetworu rtęć ulega wessaniu szybko i w znacznéj ilości, jak się o tém przekonał z licznych rozbiorów moczu swoich chorych.

Wszystko zdaje się za tém przemawiać, że rtęć bywa chłoniętą w postaci nader drobniuchnych kuleczek po podaniu tego przetworu, w jakim narządzie jednak następuje utlenienie, na to nie podaje autor nawet hipotezy.

W klinice prof. Kaposiego miał L. sposobność doświadczyć znakomitéj skuteczności tego przetworu w kilku przypadkach, dziennie podawał po 0·3 *hydrarg. tannic. oxydul.* z olejocukrem w opłatku, a mianowicie po 0·1 grm. w pół lub godzinę po jedzeniu; dodawanie węglanów alkalijów uważa L. za szkodliwe, jak niemniéj używanie równoczesne wód zawierających węglany alkalijów, również nie należy podawać równocześnie jodku potasu.

Na podstawie dwunastu przypadków, których historyje chorób ogłasza, przyszedł autor do przekonania, że zapalenie błony śluzowéj jamy ust pojawia się stosunkowo nader rzadko przy użyciu tego przetworu a za największą zaletę tegóż przytacza, że pomimo podawania przez kilka tygodni nigdy nie spostrzegł zaburzeń w trawieniu, co zapewne połączeniu rtęci z garbnikiem przypisać należy. W końcu przyznaje autor, że liczba przypadków, na których czynił doświadczenia, jest nadto małą, aby na téj podstawie wysnuwać wnioski o wartości leczniczéj przetworu, pomimo tego jednak zasługuje on na zaliczenie w poczet innych używanych przetworów rtęciowych, chociażby tylko dla tego, że po jego używaniu nie występuje działanie uboczne rtęci wcale niepożądane. (*Wiener med Wochenschrift* 1884, N. 12, 13, 14).

Dr. Schaitter.

IV. Listy z „Zachodniego kraju.“

II.

Kto znał wszechnicę św. Włodzimierza ucząc się w niéj przed laty, dziś ze zdziwieniem mógłby spoglądać na nią, jak ona mało zmieniła swoją zewnętrzną i wewnętrzną fizyjognomiję. Zmiany, które w jéj życiu zaszły, nie są korzystnemi, nie uwzględniono ani potrzeb, ani ducha czasu. Główny gmach uniwersytecki, w którym w jedném ze skrzydeł mieszczą się muzea, gabinety, sale wykładowe i biblijoteki, w drugim zaś kliniki, wspaniale imponuje przynajmniéj zewnętrznie swemi rozmiarami, choć o małych stosunkowo oknach na żółto pomalowany ma bardziéj pozór „Kazarmów“ aniżeli zakładu naukowego. Naprzeciw niego przed laty kilku jeszcze roztaczał się plac pusty, osadzony do koła topolami, na środku proponowano wzniesienie posągu założycielowi Wszechnicy Mikołajowi I, lecz następnie mieszkający w Kijowie czas jakiś znany bogacz rosyjski książe Demidów-San Donato, przez lat kilka prezes miasta, chciał przeznaczyć fundusz na zbudowanie na tym placu nowych i tanich mieszkań dla studentów; nie doszło to jakoś do skutku i sprawa została w zawieszeniu a miasto odcięło tymczasem większą połowę placu, rozsprzedało go podzieliwszy na części i zamiast zakładów filantropijnych wznoszą się dziś na tych miejscach piękne gmachy profesorów-rajców miejskich. Wiele sal jest zajętych niepotrzebnie bezużytecznemi gratami, a tymczasem wykłady odbywają się w szczupłych i niedogodnych aulach. Nie mówiąc o niedogodnym planie całego budynku, poprzecinanego mnóstwem kurytarzy i sieni, same kliniki zupełnie nie odpowiadają higijenicznym współczesnym wymaganiom, których dawniéj architekt a dziś współczesna uniwersytecka władza nie uwzględniła; mają one niskie sklepienie, jak i w całym budynku niskie sufity z brakiem wszelkiéj wentylacyi, a do tego powietrze w całéj klinice terapeutycznéj zanieczyszczają przyległe wychodki. Klinika uniwersytecka składa się z czterech oddziałów: terapeutycznego, chirurgicznego, chorób ocznych i akuszeryi, ogółem ma do 40 łóżek i służy dla użytku studentów 4go kursu. Klinika położnicza mieści się na dole, a inne na górném piętrze. Dyrektorem kliniki terapeutycznéj jest prof. Meryng, zajmujący od lat kilkunastu katedrę, którą niegdyś zajmował Cycuryn. Chirurgiczną uniwersytecką klinikę zajął niedawno prof. Rinek po 30 letniéj działalności „zasłużonego profesora“ Karawajewa, używającego szerokiego rozgłosu chirurga-technika, który jednak pomimo tego był rutynistą, niewierzącym w postęp nauki, a studenci z jego kliniki nie tylko że nie wynosili żadnych korzyści i że nie wyszedł żaden uzdolniony chirurg, ale nawet musiano po innych Uniwersytetach szukać następcy na opróżnioną katedrę po p. Karawajewie i takiego znaleziono w osobie Dra Rineka, wychowańca Akademii petersburskiéj, który prędko po objęciu kliniki miał ów nieszczęśliwy o to proces, że dokonał operacyi na ciężarnéj, rozpoznawszy u niéj torbiel jajnika, a która prędko potém zmarła. W każdym razie przez zmianę profesora, przez objęcie katedry przez człowieka jeszcze młodego i energicznego, jakim jest p. Rinek i studenci i nauka odniosą korzyść niezawodną. Klinikę chorób ocznych, długi czas osieroconą po ustąpieniu pierwszego jéj kierownika przez lat kilka, dzielnego i pełnego nadziei Aleksandra Iwanowa, zmarłego przed laty kilku z suchót za granicą, znanego powszechnie ze swych prac dotyczących patologii oka, zajął nakoniec po długich debatach, nieporozumieniach i zajściach wcale nie naukowéj natury, nie zbyt dawno p. Chodzin, założyciel specyjalnego pisma wychodzącego w Kijowie od Nowego roku pt. „Wiestnik oftałmołogij.“

W klinice położniczéj i chorób kobiecych, posiadających ogółem dwanaście łóżek i wykazujących 60 do 70 porodów rocznie przez 8 miesięcy, bo, jak wiadomo, przez miesiące letnie kliniki są zamknięte, wielce do zeszłego roku utrudniało zajęcie wspólne z uczennicami położnictwa, jakich bywało na dwuletnich kursach do 200 i więcéj. Po trzydziestopięcioletniéj profesurze Matwiejewa, znanego w swoim czasie myśliwego i sportsmana, człowieka już zniedołężniałego wiekiem a tylko przez śmierć zeszłego z pola, od roku zajął miejsce prof. Rein. Oprócz tego w sali wykładowéj kliniki odbywają się teoretyczne wykłady bez chorych kilku etatowych i prywatnych docentów: Tołoczynowa i Szwartza chorób kobiecych, Jacenki, Ruścickiego chirurgii, Lipińskiego chorób dziecięcych i wielu innych.

Nadto w głównym gmachu odbywają się wykłady teoretyczne prof. Erhardta sądowéj medycyny i psychijatryi,

prof. Hejbla z farmakologii, który ma swoje dosyć obszerne laboratoryjum fizyjologiczne, chemiję wykłada prof. Szefer, a fizyjologiję prof. Thomsa, który, jak wiecie, przyjął wezwanie Uniwersytetu prażskiego i rok ostatni pozostaje w Kijowie. Higijenę wykłada prof. Subotin. Większość profesorów są Niemcy, źle władający językiem rosyjskim, to jednakże u nas nie przeszkadza do wykładów, choć słuchacze nieraz bardzo mało ich rozumieją.

Kurs III medycyny uczy się praktycznie dyjagnostyki w oddziale szpitalnym na ulicy Rejtarskiéj pod kierunkiem docenta Dra Eugienijusza Affansiewa. Kurs zaś V medycyny odbywa praktyczne zajęcia w szpitalu wojskowym w cytadeli na Pieczersku, w téj saméj, przy budowie któréj wypadła rządowi każda cegła po 10 kop. Budowano początkowo ten szpital na „kazamaty“ i dla tego on i dziś ma zupełny ich pozór, wąskie i ciemne kurytarze prowadzą do niskich podłużnych, o paru okienkach ciemnych sal, ogrzewanych żelaznemi piecami. W każdéj z sal stoi od 20 do 30 łóżek, wentylacyi nie ma żadnéj, powietrze okropnie zarażone miazmatami. Tam się mieszczą właśnie w części szpitala (bo cały szpital ma przeszło 2 tysiące łóżek) klinika terapeutyczna, kierowana przez prof. Trütschla, po zdolnym prof. Pokrowskim, i chirurgiczna, niegdyś przez długie lata kierowana przez prof. V. Hübbeneta a dziś prof. Bernhardta; pomimo bogatego materyjału, przeważnie chorych na choroby ostre, jaki przedstawia ów szpital, najopłakańsze warunki higijeniczne nie tylko leczeniu nie pomagają, które przy braku terapeutycznych środków, które są ograniczone w szpitalu, równa się zeru, lecz co gorsza przy podobném urządzeniu szpitala, pomimo 40 wojskowych lekarzy, jest on gniazdem wszelkich epidemij durzycy, na którą zapadają przybyli z innemi chorobami nowi chorzy, a gdzie operowani wciąż podpadają szpitalnym chorobom, ciągle tu grasującym.

Anatomo-patologiczny instytut mieści się w zupełnie osobnym budynku, odległym od głównego uniwersyteckiego gmachu na ulicy Pirogowa, według którego planu w czasie krótkiego jego pobytu jako kuratora w okręgu naukowym kijowskim, zbudowany został ten budynek. Krótki ten czas, w którym największy przedstawiciel uczonych, jakich kiedykolwiek wydała Rosyja, był kuratorem w Kijowie, pozostanie jedyną może najświetniejszą stronnicą w dziejach umysłowego życia południowo-zachodniego kraju. Atoli nie długo to trwało. Lecz wracam do przedmiotu. Na górnym piętrze instytutu mieszczą się: muzeum i gabinety, na dole laboratoryja, tak wykładowe jak i sekcyjne. Ostatnie to pomimo swéj wielkości grzeszy brakiem wszelkiéj wentylacyi, a co gorsza zupełnym niedostatkiem trupów. Muzeum anatomiczne bardzo niebogate w preparaty, a i te nawet, które posiada, są zebrane jeszcze staraniem niestrudzonego wileńskiego profesora Bielkiewicza. Następca jego w Kijowie, prof. Walther, obecny inspektor cywilnych szpitali w Warszawie, przez długie lata swego tam pobytu mało go wzbogacił, oddany redaktorskiemu zajęciu, wydając długo w Kijowie pisemko „Sowremennaja Medicina“ (Medycyna współczesna), które dla braku tak współpracowników jak prenumeratorów jednocześnie z wyjazdem redaktora z Kijowa istnieć przestało. Obecny profesor anatomii p. Bec jest uczniem Waltera, długi czas poświęcał się badaniom nad anatomiją mózgu i otrzymał najcieńsze preparata mikroskopijne mózgu, które przedstawił na ostatniéj wystawie w Wiedniu, otrzymawszy za nie nagrodę. Od niejakiego czasu za zezwoleniem władzy uniwersyteckiéj urządził w oddzielnym pawilonie mały zakład fotograficzny, w którym zdejmuje podobizny okazów anatomicznych a oprócz tego i rozmaitych rzadkości archeologicznych; p. Bec podobno w swym zakładzie wykonał fotografije „Hetmanów Ukrainy,“ którego wydawnictwa się sam podjął, a o czém krytyka miejscowa bardzo niepochlebnie się odezwała. W istocie wątpimy, aby szanowny profesor mógł dobić się doskonałości w sztuce fotograficznéj, wymagającéj i środków większych i bądź co bądź odpowiednich technicznych znajomości. Katedrę histologii normalnéj zajmuje p. Peremeszko, znany ze swych licznych prac specyjalnych mikroskopijnych.

W muzeum patologiczném przeważają téż rozmaite preparaty wileńskie, bardzo liczna kolekcyja patologicznych okazów kości, mistrzowską ręką wykonane preparata wnętrzności Czermaka, starannie wykończone preparata rozgałęzień nerwów najdrobniejszych na ręku zrobione przez Aleksandra Siemaszkę a wreszcie zmumifikowane ciało pewnego wileńskiego zakonnika, znalezione w podziemiach kościoła dominikańskiego w Wilnie, o co długo spór toczył się z Uniwersytetem, zanim Śniadecki przyczynił się do tego, że się zakończył na jego korzyść i ciało mniemanego świętego zostało własnością publiczną. Wiele ciał petryfikowanych szczególnie w miejscowościach piaszczystych przechowuje się w suchych sklepach po starych kościołach. Do rzędu tych należy ciało osławionego posła Sicińskiego na Litwie w Upicie, które przed kilku laty jeszcze walało się w kościele tamtejszym. W muzeum jako rzadkość archeologiczna zwraca na siebie uwagę kolekcyja 200 kołtunów zwanych *plica polonica*, każdy z nich miał przed laty osobne nazwanie należąc do pewnéj klasy.

Katedrę anatomii patologicznéj przed laty zajmował prof. Kozłow, późniejszy wysoki dostojnik państwowy w Petersburgu, naczelnik Akademii medyko-chirurgicznéj a następnie w czasie wojny tureckiéj główny wojenno-lekarski inspektor, za którego rządów jednocześnie prawie ze sprawą nadużyć generał sztab-doktora marynarki Busza wykryto nierząd i straszną przedajność w departamencie wojenno-lekarskim, zarządzanym przez Kozłowa, choć tego ostatniego osobiście o nadużycie posądzać nie można było. Po nim katedrę patologii przez długie lata zajmował prof. Macon a w ostatnich czasach urządzono dwie katedry: patologii ogólnéj, którą zajął zdolny uczeń Virchowa prof. Chrząszczewski z Charkowa, który dziś porzuciwszy naukę oddał się przeważnie medycynie praktycznéj. Przed laty z jego laboratoryjum wychodziło najwięcéj prac specyjalnych. Tu téż przez lat kilka pracował docent histologii patologicznéj Dr. Mikołaj Affanasiew, młody i zdolny pracownik, uczeń niegdyś prof. Lambla w Charkowie, Virchowa i Ludwiga, który w czasie ostatniéj wojny wschodniéj przyjąwszy częściowy zarząd osławionego szpitala wojskowego na Pieczersku, o którym już wspominałem, gdzie bez wojny wtenczas tylu lekarzy poginęło z tyfusu, a w którym się zaraził i prof. Pokrowsky, przy swym wątłym organizmie prędko stał się również ofiarą téj choroby. Pogrzeb wyprawiony mu przez studentów był prawdziwą uroczystością, rzadko się zdarzającą wśród miejscowych stosunków w Kijowie. Młodzież w uroczystym pochodzie wieczornym niosła transparent z wielce znaczącym nadpisem „profesorowi i człowiekowi“. Bo téż w istocie Affanasiew, którego znać miałem jeszcze dawniéj sposobność, byłato osobistość wyjątkowo na ubogiéj naszéj naukowéj niwie zjawiająca się, jeden z najdostojniejszych kapłanów nauki, oddany jéj przez całe życie. Umarł w biedzie żyjąc ze

skromnéj płacy rocznéj 1200 rs. Wspomnienie przechowywane ze współczuciem dla biednego pioniera nauki u dawnych jego uczniów niech mu będzie jedyną nagrodą! Z licznych prac Affanasiewa zamieszczonych w rozmaitych wydawnictwach niemieckich wspomnę tylko o ostatniéj, ogólnéj patologii Wagnera, którą przetłumaczył z niemieckiego, z licznemi swemi spostrzeżeniami, a czém niewątpliwie przysłużył się rosyjskiéj literaturze. Katedrę anatomii patologicznéj po starym Maconie zajął p. Münch, b. prosektor patologicznéj anatomii w szpitalu miejskim w Odesie, co wróży jéj lepszą przyszłość.

Przy kierunku, jaki obecnie w Uniwersytecie kijowskim zapanował, gdzie nie osobista zasługa, ale protekcyja a jak słusznie jedno z pism miejscowych się wyraziło i niemieckie nazwisko, toruje drogę do profesury, same miernostki wciskają się szczególnie w Wydziale lekarskim, w którym katedry profesorskie jak u lekarzy tak i w opinii saméj publiczności stały się dożywotnią synekurą, dającą jakich może 30.000 rs. rocznéj intraty, dla tego to do nich tak cisną się wszyscy. Polaka między profesorami dziś nie ma żadnego, a musicie wiedzieć, że żaden z Polaków katolików nie może zająć posady asystenta Uniwersytetu, ani téż żadnéj w ogóle rządowéj w kraju zachodnim, nawet jako lekarz. Pozostaje więc tylko nam jedyna praktyka lekarska na prowincyi, jeżeli chcemy pozostawać pracując w kraju, o któréj zresztą będę miał możność pomówienia w przyszłych moich listach.

Przemianowanie przed parą laty Akademii medycznéj w Petersburgu na zakład czysto wojskowy i zniesienie dwóch pierwszych kursów wpłynęło na losy wszystkich Wydziałów lekarskich w Rosyi, przepełniając je słuchaczami, szczególnie w Moskwie i w Kijowie. W tym ostatnim na 1500 studentów jest przeszło 1000 medyków, a w téj liczbie do 200 Polaków. Niedostatek szkół lekarskich sprowadził tu młodzież polską z rozmaitych najdalszych okolic Litwy, czego przedtém nigdy nie bywało, lecz korzystanie z nauki jest wielce dla studentów medycyny utrudnioném przy małych środkach i ubogim materyjale, jakiemi rozporządza Uniwersytet, aby mógł pomieścić na kursie od 450 do 500 studentów. Dla tegoto z rozporządzenia p. Ministra Oświecenia w następnych latach liczba studentów medycyny nie ma przewyższać 150 na kursie. Środek ten zapobiegnie takiemu napływowi młodzieży, pozbawionéj wszelkiéj możności do studyjowania. Wydział zaś lekarski Uniwersytetu św. Włodzimierza, idąc za ogólnym prądem antysemickim, na wniosek prof. medycyny sądowéj i policyi lekarskiéj Erhardta, postanowił przytém ograniczyć liczbę studentów żydów do 10% na kursie.

Na zakończenie słów parę o naszych towarzystwach lekarskich, do których, jak już wspomniałem w przeszłym liście, mogą należeć lekarze zamieszkali w miastach. Towarzystwa ciągną swój żywot ospale i leniwo, a prototyp ich wszystkich, Towarzystwo wileńskie, nie daje prawie żadnych oznak życia; lekarze zajęci tam ciężką walką o byt powszedni, i brak im i chęci i czasu do pracy naukowéj. Towarzystwo lekarskie wileńskie nie drukuje nawet protokołów swoich posiedzeń podobno w żadném z pism lekarskich, choć przed kilku jeszcze laty spotykaliśmy się ze sprawozdaniami Dra Lewandowskiego, umieszczanemi od czasu do czasu w jedném z pism lekarskich w Warszawie, a dziś i tego nie stało.

Towarzystwo lekarskie kijowskie, choć o wiele młodsze, do czasu przynajmniéj może więcéj się rusza, młodzi lekarze na posiedzeniach przedstawiają swoje spostrzeżenia praktyczne a w braku organu swego drukują protokoły swoich posiedzeń w miejscowych politycznych dziennikach. Lecz nieserdeczne tamtejsze stosunki pomiędzy kolegami wywołały i w Towarzystwie rozdwojenie, do którego na 200 przeszło lekarzy w mieście zamieszkałych należy 128, a w téj liczbie 18 Polaków. Większość profesorów odzywa się o Towarzystwe z lekceważeniem i zaledwie kilku z nich bierze udział w jego pracach. Towarzystwo utrzymuje się ze składki wstępnéj wynoszącéj 5 rs. od członka, innych funduszów nie posiada. Biblijoteka jego bardzo niezadowalająca i uboga, pism peryjodycznych nie posiada, a więc z tego wszystkiego widzicie, że i działalność Towarzystwa w takich warunkach jest więcéj niż skromna. *Jan Iłgowski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Siarkan miedzi jako środek przeciwgnilny w położnictwie. Dr. Charpentier, który był przez większą część roku zeszłego zastępcą profesora kliniki położniczéj w Paryżu, czynił doświadczenia nad skutecznością siarkanu miedzi jako środka przeciwgnilnego i odwietrzającego w położnictwie. Wyniki dochodzeń odczytał niedawno na jedném z posiedzeń Akademii lekarskiéj w Paryżu a mianowicie, iż zdaniem jego siarkan miedzi może korzystnie zastąpić kwas karbolowy i inne środki przeciwgnilne używające rozgłosu nie wyjmując nawet sublimatu, który wielkie znajduje zastosowanie. Dr. C. używa siarkanu miedzi w rozczynie w stosunku 1 : 100 a przypisuje mu następne korzyści: zupełną nieszkodliwość dla chorych, umiarkowaną cenę, łatwość manipulacyi, skuteczne przymioty przeciwgnilne i odwietrzające, pojawiające się prawie bezzwłocznie po zastosowaniu. Wynika z tego, że i w chirurgicznéj praktyce własności te mogą się okazać skutecznemi. (*The Lancet*, 1884, I, Nr. 13, str. 593).

○ Dr. Jabłoński z Poitiers otrzymał srebrny medal za usługi oddane na stanowisku sekretarza Rady zdrowia departamentu de Vienne.

○ Pończochy antymon zawierające. W pewném małém miasteczku meklemburskiém pojawił się u dziecka wyrzut na nogach po noszeniu jasno niebieskich pończoch, a któryto wyrzut lekarz poczytał za powstały z powodu, iż pończochy zawierają arsen. Aptekarz wykrył istotnie arsen i otrzymał w przyrządzie Marsha zwierciadło. Równie i inny chemik do tego samego doszedł wyniku, a z 7miu skonfiskowanych par uznał, że cztery zawierają mniéj lub więcéj arsenu. Chemicy berlińscy, którym poruczono jeszcze badanie, wykazali, że nie rozchodzi się tu o arsen ale o antymon, że pończochy zawierają znacznie ilości w wodzie rozpuszczalnych połączeń antymonowych, że pończochy nie dobrze były farbowane, że więc może zachodzić związek przyczynowy między wyrzutem a ilością zawartego w pończochach antymonu. (*Deutsch. Wochenblatt f. Gesundhtspflege u. Ringswesen*, 1884, Nr. 7).

○ Królowa Tahiti bawiąca obecnie w Paryżu odwiedziła między innemi także i Zakład dla głuchoniemych i nadmieniła, iż nigdy nie widziała głuchoniemego na Tahiti, gdyż ułomność ta dotąd nie jest znaną na téj wyspie. (*The Lancet*).

○ Przed kilku laty rozpoczęto wyrób emetyku na wielką skalę we Francyi. Przetwór ten sprzedawano po cenie 5 franków za kilogram. Następnie podjęli Niemcy fabrykacyję i sprzedawali przetwór po cenie 3 franki za kilogram, przynosząc szkodę przemysłowi francuskiemu. Obecnie powagi tak francuskie jak niemieckie na polu farmakognozyi podają, iż wyrób niemiecki zawiera przeszło 40% kwasu szczawiowego i jest równie szczawianem jak winianem antymonowym i potasowym. Skutki lecznicze dwóch tych przetworów różnią się wielce, aptekarze więc dobrze zrobią, jeżeli się przekonają, o jakości zapasów. (*The Lancet*).

○ Następujące szczegóły o zeszłorocznéj epidemii włośnicowéj w Emersleben (w Saksonii) i okolicy, która dość szerokiego nabrała rozgłosu, wyjmujemy z okólnika z d. 28 lutego r. b. wydanego przez pruskie Ministerstwo oświaty.

Epidemija rozpoczęła się w Emersleben, gdzie 12 września zabito wieprza włośnicą dotkniętego i sprzedawano mięso z niego częścią w samém Emersleben a częścią w okolicy już 13 i 14 września mniéj więcéj pomięszane z inném zdrowém mięsem. Większa część téj mięszaniny mięsa dostała się do Deesdorf i Nienhagen. Dla tego téż epidemija wystąpiła w tych miejscowościach z różném nasileniem. W Emersleben zapadło 270 osób a z tych 53 zmarło (19·6%); w Deesdorf zapadło 45 osób a z liczby téj zmarło 10 (22·2%); gdy w Nienhagen z liczby 80 osób zapadłych, jedna tylko zmarła. Prócz tego zapadło w mieście Groeningen 4 osób, z tych 2 zmarło, w klasztorze w Groeningen zapadło 3 osób a w Schwanebeck 1. Ogółem zachorowało 403 osób a zmarło 66 (13·9%). Co do czasu zapadnięcia po spożyciu mięsa, to w Emersleben zmarło po jednéj osobie już w dniach 18, 20 i 21. W 4ym i 5 tygodniu zmarło po 8 osób, w 6 tyg. 11, w 7 tyg. 9, w 8 tyg. 5, w 9 tyg. 2, w 10 tyg. 4, w 11 tyg. 2, a w 13 tyg. 1. Ze znacznéj liczby dzieci, które zachorowały, zmarł jeden tylko 12-letni chłopiec. W 6 zwłokach osób dorosłych zmarłych w Emersleben oprócz włośni w mięśniach znaleziono téż i włośnie w kiszkach w znacznéj ilości, w każdym preparacie 14—16 sztuk. W jednych zwłokach z człowieka bardzo tłustego znaleziono nadzwyczaj nie wiele włośni mięśniowych, w wielu preparatach nawet żadnych, za to wiele włośni kiszkowych.

Nasilenie objawów chorobowych i stopień śmiertelności widocznie zależały od ilości włośni w mięsie wieprzowém i od ilości spożytego mięsa. W tym względzie zasługuje na uwagę, że pomarli wszyscy, którzy spożyli 125 grm. lub więcéj. Co do wszystkich zmarłych wykazano, iż pożywali mięso surowe niegotowane. Czy zawinił w tym przypadku oglądacz mięsa, nie wykazało dotąd śledztwo sądowe. Lekkie przypadki spostrzegano téż po spożyciu kiełbas, kotletów i kiszek, gdy mięso włośnicowe przy gotowaniu i pieczeniu nie było wystawione na wpływ takiego gorąca, aby było zupełnie ugotowane, ale gdy zawierało części surowe w niektórych miejscach.

Wobec tego zwraca Ministerstwo pruskie uwagę na niebezpieczeństwo wyniknąć mogące z używania mięsa surowego i niedogotowanego. (*Deut. Wochenbl. f. Gsndhtspflege u. Rtngswesen*, 1884, Nr. 7.)

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 54,2. Z ospy umarło 22 (10 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (3 z. t.). Doniesiono w tymże tygodniu o 9 przypadkach ospy, 2 ospicy, 2 odry, 1 płonicy, 1 błonicy. W tygodniu od 16—22 marca umarło z ospy w Londynie 3, leczyło się w szpitalach 208, świeżo zapadło 68. W Petersburgu i w St. Louis umarło po 1, w Paryżu, Brukseli po 6, w Glasgowie i Madrycie po 2, w Liwerpolu, w Warszawie, w Nowym Orleanie po 3, w Birminghamie i Murcyi po 4, w Wiedniu 5, w Kalkucie 8, w Pradze 28, w Madrasie 139. Z duru brzusznego umarło w Genewie 21 osób. Z duru osutkowego umarło w Warszawie, Saragosie i Granadzie po 1, w Petersburgu po 2, w Madrasie 4. Odra zabrała wiele ofiar w Wiedniu, Paryżu i Petersburgu. W Kalkucie umarło z cholery od 20—26 stycznia 10, w Bombayu od 13—19 lutego 7, w Madrasie od 30 grudnia do 4 stycznia 18 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,6; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 24.8; w Wiedniu 30,2; w Pradze 39,3; w Tryjeście 33,3; w Berlinie 23,4; we Wrocławiu 33,2; w Gdańsku 28,5; w Kolonii 23,5; w Mnichowie 30,6; w Dreźnie 22,5; w Lipsku 25,3; w Bazylei 25,6; w Brukseli 27,3; w Amsterdamie 25,3; w Hadze 23,7; w Paryżu 26,5; w Londynie 20,6; w Kopenhadze 22,2; w Stokholmie 26,3; w Chrystyjanii 35,7; w Petersburgu 44,1; w Odesie 33,8; w Wenecyi 28,5; w Bukareszcie 33,0; w Madrycie 30,7; w Lizbonie 30,7; w Aleksandryi 28,0; w Filadelfii 20,2; w Bombayu 24,5; w Madrasie 68,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Zmarło od 9 do 15 marca r. b. 74 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 33·3. W tym czasie zmarło 4 osób z płonicy, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego a 2 z gorączki połogowéj.

Od 16 do 22 marca r. b. zmarło 65 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 m. 29·3. W tym czasie zmarła 1 osoba z błonicy, 2 z krztuśca, 2 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

Od 23 do 29 marca r. b. zmarło 78 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 m. 35·1. W tym czasie umarła 1 osoba z ospy, 1 z błonicy 3, z krztuśca, 3 z duru brzusznego.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 kwietnia. Na ostatniém posiedzeniu Wydział lekarski zamianował mag. farmacyi Antoniego Wachtla na rok dalszy demonstratorem przy katedrze farmakologii, oraz przedstawił Ministerstwu Oświecenia Dra Romana Wodyńskiego do nominacyi na dalsze 2 lata asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj.

* Zwracamy uwagę na ogłoszenie c. k. Namiestnictwa, poniżéj umieszczone, odnoszące się do egzaminów rządowych, w maju r. b. odbyć się mających.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bukareszt.** Tytularny profesor Dr. Glück, asystent prof. Bergmanna w Berlinie, powołany został do ojczyzny swojéj jako zwyczajny profesor chirurgii.

* **Odznaczenia.** Radzca rządowy prof. Maschka w Pradze otrzymał szlachectwo austryjackie. — Słynny oftalmolog Dr. Mooren w Düsseldorfie otrzymał tytuł tajnego radzcy lekarskiego, a b. lekarz zdrojowy w Szczawnicy, Dr. Onufry Trembecki tytuł radzcy cesarskiego. — Referent spraw lekarskich w król. Czeskiém, Dr. Pissling, przeniesiony na własne żądanie w stan spoczynku, otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl. w uznaniu znakomitych zasług w publicznéj służbie zdrowia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 14: Meyersona: O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomijnéj (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Modrzejewskiego: O sztucznéj błonie bębenkowéj i jéj zastosowaniu: Chełchowskiego: Przypadek przewlekłéj puchliny komórek mózgowych; Rakowskiego: Ocena dobroci nafty kaukaskiéj.

Na fundusz wsparcia sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłali: Dr Strojnowski (ze Lwowa) 5 złr. N. N. kolega (z górnego Śląska) 6 mk. = 3 złr. 55 kr., Dr Dura (z Krzeszowic) 3 złr. Dr. Kruk (z Limanowy) 2 złr. Dr. Prohaska (z Brzostka) 2 złr. Dr. Sakowski (z Horodenki) 2 złr. Dr. Wurst (z Cieszanowa) 2 złr. Dr. Węgrzynowski (z Rohatyna) 1 złr., P. Aptekarzowa Melchertowa (z Rohatyna) 1 złr. P. Kadajski z Tłustego 1 złr. Razem zatem z poprzednio wykazanemi 67 złr. 55 kr.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. M. w L. Obydwa listy szan. Kolegi i rękopism otrzymaliśmy.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie o c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla